



Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011

Claire Kersuzan, Severine Gojard, Christine Tichit, Xavier Thierry, Sandra Wagner, Sophie Nicklaus, Bertrand Geay, Marie-Aline Charles, Sandrine Lioret, Blandine de Lauzon-Guillain

► To cite this version:

Claire Kersuzan, Severine Gojard, Christine Tichit, Xavier Thierry, Sandra Wagner, et al.. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire - BEH, 2014, 27, pp.440-449. hal-01190119

HAL Id: hal-01190119

<https://hal.science/hal-01190119>

Submitted on 1 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

PRÉVALENCE DE L'ALLAITEMENT À LA MATERNITÉ SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS ET LES CONDITIONS DE L'ACCOUCHEMENT. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ELFE MATERNITÉ, FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2011

// BREASTFEEDING PREVALENCE IN MATERNITY WARDS ACCORDING TO PARENTS AND DELIVERY CHARACTERISTICS. RESULTS FROM THE ELFE SURVEY IN MATERNITY UNITS, MAINLAND FRANCE, 2011

Claire Kersuzan¹ (claire.kersuzan@ivry.inra.fr), Séverine Gojard¹, Christine Tichit¹, Xavier Thierry², Sandra Wagner³, Sophie Nicklaus⁴, Bertrand Geay⁵, Marie-Aline Charles³, Sandrine Lioret³, Blandine de Lauzon-Guillain³

¹ Institut national de la recherche agronomique (Inra), UR 1303-Alimentation et sciences sociales (Aliss), Ivry-sur-Seine, France

² Institut national d'études démographiques (Ined), Paris, France

³ Inserm, Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP) ; Université Paris-Sud, UMR-S 1018, Villejuif, France

⁴ Centre des sciences du goût et de l'alimentation ; Inra, UMR 1324 ; CNRS, UMR 6265 ; Université de Bourgogne, Dijon, France

⁵ Université de Picardie, UMR 7319-Centre universitaire de recherches administratives et politiques de Picardie, Amiens, France

Soumis le 17.06.2014 // Date of submission: 06.17.2014

Résumé // Abstract

Objectifs – À partir des données de l'étude Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance), cet article présente la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement.

Méthodes – L'étude Elfe porte sur plus de 18 000 nourrissons nés tout au long de l'année 2011 dans un échantillon aléatoire de maternités de France métropolitaine. Les données portant sur l'alimentation lactée ont été recueillies à la maternité par questionnaire administré en face-à-face par le personnel médical.

Résultats – Plus des deux-tiers des nourrissons (70,5%) recevaient du lait maternel à la maternité (59,0% de façon exclusive, 11,5% en association avec des préparations pour nourrissons). Ce taux moyen cachait des différences importantes selon le contexte de la naissance et les caractéristiques des parents. Les taux d'allaitement étaient plus faibles en cas de complications à la naissance ainsi que chez les nourrissons dont les parents étaient nés en France, étaient ouvriers, employés ou sans profession, et chez ceux dont les mères avaient un niveau d'études intermédiaire. La pratique de l'allaitement diminuait aussi quand la mère était fumeuse, peu investie dans la préparation à la naissance et lorsqu'elle était en situation d'insuffisance ou de surcharge pondérale avant la grossesse. Ces mêmes caractéristiques sociales renforçaient la partition des choix entre allaitement exclusif et allaitement partiel, exception faite des mères étudiantes et étrangères qui pratiquaient plus que les autres un allaitement partiel, malgré leur forte propension à allaiter.

Conclusion – La prévalence de l'allaitement total en maternité varie selon de nombreuses caractéristiques des parents, des naissances et de l'accouchement. La plupart de ces caractéristiques influencent aussi le choix de l'allaitement exclusif par rapport à l'allaitement partiel. Les facteurs identifiés fournissent des pistes pour élaborer des actions spécifiques de promotion de l'allaitement ciblant les groupes de mères les moins enclines à allaiter.

Objectives – Using data from the French Longitudinal Study of Children ELFE (Growing up in France), our objectives were to describe breastfeeding prevalence at maternity units and its association with both parents' characteristics and the context of delivery.

Methods – The Elfe survey is based on a representative sample of more than 18,000 infants born in 2011 in a random sample of maternity wards in mainland France. Milk feeding data were collected during the maternity stay using a face-to-face questionnaire administered by healthcare staff.

Results – More than two thirds of the infants (70.5%) were breastfed in maternity units (59.0% exclusively, 11.5% partially). This average rate concealed significant differences depending on the context of birth and parents characteristics. Breastfeeding rates were lower in case of complications at birth. Infants of lower social class and those of native-born parents as well as infants of mothers with only intermediate education level were less frequently breastfed at birth. Breastfeeding rate also decreased when the mother was underweight, overweight or obese before pregnancy, smoked during pregnancy and was not invested in delivery preparation courses. These social characteristics reinforce the choice between exclusive and mixed breastfeeding, except for students and foreign mothers who practiced mixed feeding more than other mothers despite their propensity to breastfeed.

Conclusion – The prevalence of total breastfeeding at maternity varies according to parents, birth and delivery characteristics. Most of these characteristics also influence breastfeeding exclusivity versus partial breastfeeding.

Mots-clés : Initiation de l'allaitement, Prévalence de l'allaitement total et partiel, Facteurs de l'allaitement, Enquête Elfe
// Keywords: Breastfeeding initiation, Total and partial breastfeeding prevalence, Breastfeeding factors, ELFE survey

Introduction

L'allaitement, exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois puis associé à une diversification jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, est aujourd'hui reconnu comme le mode d'alimentation optimal du nourrisson. Ces dernières décennies, nombre de travaux scientifiques ont conclu à un effet bénéfique de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant. Ils soulignent les effets positifs à long terme de l'allaitement, notamment sur la réduction du risque infectieux et le développement cognitif et moteur de l'enfant^{1,2}. En revanche, le bénéfice de l'allaitement sur le développement émotionnel, la fréquence des allergies et l'obésité infantiles est encore débattu³. Chez les mères, l'allaitement réduirait l'incidence des cancers du sein et améliorerait la santé en suite de couches⁴. Le lait maternel apparaît comme une forme de nutrition sur mesure, dont le volume et la composition se modifient pour s'adapter aux besoins du nouveau-né en croissance⁵. Sans en imiter parfaitement la composition, les préparations pour nourrissons représentent néanmoins une alternative sanitaire acceptable lorsque l'allaitement est impossible ou non désiré.

En France, comme dans de nombreux pays, la promotion de l'allaitement est inscrite dans les programmes de santé publique⁶. À la fin des années 1970, moins de la moitié des enfants recevaient en maternité du lait maternel seul ou en association avec des préparations pour nourrissons⁷. Le Programme national nutrition santé (PNNS) de 2006 visait l'objectif de 70% d'enfants allaités, de façon exclusive ou partielle, à la naissance en 2010. Bien que cet objectif soit aujourd'hui presque atteint (69% en 2010)⁸, la prévalence de l'allaitement total en France se situe encore parmi les plus faibles d'Europe⁹. La promotion de l'allaitement demeure donc une priorité du PNNS 2011-2015, qui a l'ambition d'augmenter sa fréquence d'au moins 15% en cinq ans¹⁰. La mise en œuvre de ces recommandations se heurte à la différenciation sociale des normes et pratiques d'allaitement qui se manifestent, dès la maternité, selon les caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère et les conditions de l'accouchement. En France, les mères mariées, plus âgées, primipares, étrangères, de haut niveau d'études et occupant une position élevée dans la hiérarchie sociale initient davantage l'allaitement¹¹⁻¹³. À l'inverse, des taux plus faibles d'allaitement total sont observés chez les mères en surpoids, ayant fumé pendant la grossesse et n'ayant pas participé à des séances de préparation à l'accouchement^{11,12}. Les enfants nés par césarienne sont moins fréquemment allaités de façon exclusive ou partielle^{11,12}. En revanche, l'initiation de l'allaitement n'est pas liée à la prématurité, à la gémellarité, au rang de l'enfant et au faible poids du nourrisson à la naissance, selon les résultats d'une étude menée en maternité en 2012¹¹. L'objectif est de présenter ici les premiers résultats descriptifs

issus des données de l'étude Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance) sur la prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement.

Méthodes

Elfe est la première étude de cohorte de naissance de grande envergure en population générale réalisée en France. Plus de 18 000 enfants ont été recrutés en maternité pour être suivis jusqu'à l'âge adulte dans une perspective pluridisciplinaire. Avec une représentativité nationale et un échantillon de grande taille, il s'agit de mieux comprendre l'effet à long terme de l'évolution de l'environnement, de l'entourage familial, des conditions de vie et d'alimentation des enfants sur leur développement, leur santé et leur socialisation. Les données collectées permettent d'étudier finement les déterminants socioculturels des pratiques alimentaires infantiles, de l'initiation de l'allaitement à la diversification alimentaire¹⁴.

La cohorte Elfe porte sur un échantillon d'enfants nés durant 25 jours répartis au cours de quatre vagues saisonnières d'enquêtes sur l'année 2011. Ces enfants ont été sélectionnés dans un échantillon aléatoire de 349 maternités parmi les 544 recensées en France métropolitaine. L'échantillon de l'enquête est issu d'un plan de sondage à plusieurs degrés : le premier est celui des maternités tirées au sort selon un plan stratifié avec allocations proportionnelles à leurs tailles, le deuxième renvoie aux 25 jours d'inclusions sélectionnés et le dernier, exhaustif sous certains critères d'éligibilité, est celui des nourrissons. Les nourrissons éligibles étaient d'un âge gestationnel d'au moins 33 semaines d'aménorrhée, issus d'un accouchement au plus gémellaire et d'une mère majeure, en mesure de donner un consentement éclairé dans l'une des langues proposées (français, anglais, arabe ou turc). Par ailleurs, les familles prévoyant de vivre hors métropole au cours des trois années suivantes n'ont pas été incluses. Le taux de participation des maternités était de 91,7% et 50,9% des familles ont consenti au suivi. Après exclusion des personnes ayant retiré leur consentement après le début du suivi (30) et des nourrissons nés hors des 25 jours d'inclusion de l'étude Elfe (71), l'échantillon initial se compose de 18 228 nouveau-nés.

L'enquête en face-à-face à la maternité, réalisée par le personnel médical, a recueilli des renseignements sur la situation sociodémographique des parents, le déroulement de la surveillance prénatale, la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse et les modalités d'alimentation lactée de l'enfant lors du séjour en maternité. Des informations extraites du dossier médical ont également renseigné sur le type et le terme de l'accouchement ainsi que sur l'état de santé, la taille et le statut pondéral de l'enfant.

À la maternité, les mères ont répondu au questionnaire en face-à-face alors que le nouveau-né était âgé en moyenne de 1,97 jour (7% à J0, jour de l'accouchement, 32% à J1, 35% à J2, 18% à J3 et 8% entre J4 et J14). L'alimentation lactée à la maternité a été mesurée au moment de l'entretien en face-à-face avec la mère, à partir de la question suivante : « *Aujourd'hui, comment votre/vos enfant(s) est-il/sont-ils nourri(s) ?* ». Les réponses fournies par les mères ont été classées selon plusieurs modalités : « *Au lait maternel uniquement* », « *Au lait premier âge uniquement* », « *Allaitement partiel* », « *Ne sait pas* » et « *Autre* ». Ces déclarations ont été utilisées pour distribuer les dyades mère-enfant en 3 groupes d'alimentation lactée : allaitement exclusif, allaitement partiel et préparations pour nourrissons uniquement. L'allaitement est exclusif lorsque le nourrisson ne reçoit que du lait maternel, sans aucun complément de lait artificiel au moment de l'entretien en face-à-face avec la mère. Il est partiel dès que des préparations pour nourrissons sont introduites en plus du lait maternel dans l'alimentation du nouveau-né. Enfin, les enfants ne recevant pas du tout de lait maternel sont nourris uniquement avec des préparations pour nourrissons. Les réponses données par les mères sur l'alimentation lactée de l'enfant en maternité ont été complétées et confirmées en utilisant l'information rétrospective fournie 2 mois et 1 an après l'accouchement sur l'allaitement de l'enfant depuis la naissance, les indications sur le nombre de tétées et de biberons collectées à 2 mois puis chaque mois entre 3 et 10 mois, ainsi que les données sur l'âge de l'enfant à l'arrêt de l'allaitement, recueillies 1 an après l'accouchement. Le mode d'alimentation lactée de l'enfant à la maternité demeure inconnu pour moins de 1% (n=95) des enfants de la cohorte. L'analyse porte ainsi sur 18 133 enfants.

Les résultats présentés ici sont issus d'une analyse descriptive et univariée des facteurs liés à l'allaitement en maternité. Les facteurs étudiés sont subdivisés en quatre grands groupes. Le premier correspond aux caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère (pays de naissance, catégorie socio-professionnelle, niveau d'études, âge, situation professionnelle avant la grossesse). La situation conjugale est mesurée en combinant l'état matrimonial et la vie de couple. Le deuxième groupe renvoie aux indicateurs décrivant la santé et le comportement de la mère pendant la grossesse (corpulence avant la grossesse,

tabagisme pendant la période gestationnelle, nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour pendant le 3^e trimestre de la grossesse, consommation d'alcool pendant la grossesse et fréquence de participation à des séances de préparation à la naissance). Le troisième groupe correspond aux caractéristiques de la naissance et de l'accouchement (rang, poids à la naissance, âge gestationnel, naissance unique ou gémellaire, mode d'accouchement, transfert de l'enfant et présence du père au moment de l'accouchement). Enfin, le dernier groupe de facteurs se rapporte aux caractéristiques sociodémographiques et culturelles du père (âge, pays de naissance, catégorie socioprofessionnelle, situation professionnelle actuelle). L'examen des facteurs liés à l'allaitement est mené pour l'allaitement total, puis en distinguant l'allaitement exclusif de l'allaitement partiel. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS® 9.4. Les analyses univariées ont été effectuées à l'aide du test du Chi2 de Pearson (avec un seuil de signification fixé à 5%). Les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage stratifié et des biais liés au non consentement. Cette pondération, calculée par l'équipe Elfe, est obtenue par ajustement à partir des variables communes aux consentantes et aux non consentantes, puis par redressement à l'aide d'un calage sur les marges à partir des données de l'état-civil et de l'Enquête nationale périnatale (ENP) 2010 sur plusieurs variables (âge, région, état matrimonial, statut d'immigré, niveau d'études et primiparité)¹⁵. Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés pour les résultats globaux.

Résultats

À la maternité, dans l'étude Elfe, le pourcentage d'enfants allaités par leur mère, que ce soit de façon exclusive ou partielle, était de 70,5% (IC95% : [69,8-71,2]) et de 59,0% [58,4-59,8] pour le seul allaitement exclusif (tableau 1).

Le taux moyen de l'allaitement à la maternité variait significativement selon la saison de naissance. Il était plus élevé pour les enfants nés au printemps (72,8%) que pour ceux nés à l'automne (69,4%) ou en été (70,1%) (p<0,05).

La pratique de l'allaitement en maternité était beaucoup plus fréquente chez les femmes nées à l'étranger que chez celles nées en France (tableau 2).

Tableau 1

Mode d'alimentation lactée à la maternité, Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011

	% de l'ensemble des naissances	% de l'ensemble des naissances en incluant, en cas de naissances multiples, un seul des jumeaux
	N=18 133	N=17 850
	n [IC95%]	n [IC95%]
Allaitement maternel exclusif	59,0 [58,4-59,8]	59,4 [58,8-60,3]
Allaitement partiel	11,5 [10,9-11,9]	11,2 [10,7-11,6]
Préparations pour nourrissons	29,5 [28,8-30,2]	29,4 [28,6-30,0]
Allaitement total (Exclusif+Partiel)	70,5 [69,8-71,2]	70,6 [69,9-71,4]

IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

Tableau 2

**Modes d'allaitement selon les caractéristiques des parents, du nouveau-né et de l'accouchement (en pourcentage),
Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011**

		Effectif non pondéré	Enfants allaités en maternité, de façon partielle ou exclusive		Parmi les enfants allaités en maternité		
			%	p ¹	% Exclusif	% Partiel	p ²
Caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère							
Pays de naissance	France	15 696	66,3	***	85,9	14,1	***
	Étranger	2 412	89,2		77,4	22,6	
Catégorie socioprofessionnelle	Indépendante	671	70,5	***	87,3	12,7	***
	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	3 058	81,3		90,3	9,7	
	Profession intermédiaire	3 994	79,0		88,7	11,3	
	Employée	8 528	66,4		82,5	17,5	
	Ouvrière	635	63,3		80,6	19,5	
	Sans profession	1 184	67,2		76,8	23,2	
Niveau d'études	<i>Ensemble des mères</i>						
	Jamais scolarisée ou primaire	151	83,8	***	78,7	21,3	***
	Collège	743	61,3		72,4	27,6	
	CAP/BEP	2 522	54,5		79,0	21,0	
	Lycée technique ou professionnel	1 449	61,9		79,5	20,6	
	Lycée général	2 332	75,4		81,7	18,3	
	Études supérieures	10 879	78,1		87,5	12,5	
	<i>Mères nées en France</i>						
	Jamais scolarisée ou primaire	43	63,2	***	73,7	26,3	***
	Collège	431	40,6		78,7	21,3	
	CAP/BEP	2 335	51,5		79,6	20,4	
	Lycée technique ou professionnel	1 070	59,0		81,7	18,3	
	Lycée général	2 111	67,0		84,7	15,3	
	Études supérieures	9 670	75,6		88,7	11,3	
Situation conjugale	Mariée en couple	8 125	76,5	***	85,2	14,8	***
	Non mariée en couple	8 585	66,2		84,0	16,0	
	Seule	988	62,9		72,4	27,6	
Groupe d'âge (en différence de millésimes)	18-24 ans	2 381	64,5	***	78,2	21,8	***
	25-29 ans	5 828	69,5		83,6	16,4	
	30-34 ans	6 260	73,0		85,9	14,1	
	35 ans et plus	3 664	72,9		84,4	15,6	
Situation professionnelle avant la grossesse	En emploi	13 715	71,9	***	86,0	14,0	***
	Au foyer	1 691	66,5		79,7	20,3	
	Étudiante	451	82,4		76,8	23,2	
	Au chômage	1 030	66,0		78,0	22,0	
	En congé parental	384	65,7		86,1	13,9	
	Autres	373	71,7		81,0	19,0	
Santé et comportement de la mère pendant la grossesse							
Indice de masse corporelle (IMC) avant la grossesse	Moins de 18,5 kg/m ²	1 406	65,4	***	86,3	13,7	***
	18,5-24,9 kg/m ²	11 523	72,6		85,5	14,5	
	25-29,9 kg/m ²	3 129	69,0		79,7	20,3	
	30 kg/m ² et plus	1 783	63,4		78,8	21,2	
Tabagisme pendant la grossesse	Non	14 432	74,9	***	84,5	15,5	***
	Oui, avant le 3 ^e trimestre de grossesse	610	68,7		80,8	19,2	
	Oui, pendant le 3 ^e trimestre de grossesse	2 909	52,2		80,2	19,8	

(Suite p. 444)

Tableau 2 (suite)

Nombre de cigarettes fumées par jour pendant le 3^e trimestre de la grossesse	Aucune	14 931	74,6	***	84,3	15,7	***
	1 à 4	1 175	62,9		82,7	17,3	
	5 à 9	941	51,8		80,5	19,5	
	10 et plus	773	40,3		75,0	25,0	
Nombre de séance(s) de préparation à la naissance	Aucune	7 963	64,3	***	79,6	20,4	***
	1 à 5	3 608	74,6		84,8	15,2	
	6 à 9	5 649	78,3		89,3	10,8	
	10 et plus	294	83,5		93,5	6,5	
Alcool pendant la grossesse	Jamais	13 777	70,6	NS	83,0	17,0	***
	Seulement avant de se savoir enceinte	940	69,8		88,8	11,2	
	1 fois par mois ou moins souvent	2 896	69,7		85,8	14,2	
	4 fois par mois et plus	335	71,2		87,1	12,9	
Caractéristiques de la naissance et de l'accouchement							
Type d'accouchement	Voie basse	14 340	71,1	*	85,4	14,6	***
	Césarienne	3 306	68,2		76,8	23,2	
Transfert de l'enfant	Non	14 548	71,1	***	84,9	15,2	***
	Oui	1 040	64,0		66,8	33,2	
Type de naissance	Unique	17 566	70,8	***	84,7	15,4	***
	Gémellaire	567	62,0		54,6	45,4	
Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée)	33 à 36 sem.	971	58,8	***	64,8	35,2	***
	37 à 39 sem.	8 710	69,3		82,7	17,3	
	40 sem. et plus	8 169	73,4		86,9	13,2	
Poids de l'enfant (en grammes)	Moins de 2 500 g	905	57,0	***	65,0	35,0	***
	2 500-2 999 g	3 428	68,1		82,3	17,7	
	3 000-3 499 g	7 151	70,7		85,5	14,5	
	3 500 g et plus	6 257	73,8		85,2	14,8	
Rang de l'enfant	Premier-né	8 231	73,6	***	82,9	17,1	*
	Rang deux et plus	9 763	68,3		84,4	15,6	
Présence du père lors de l'accouchement	Non	3 228	67,1	***	74,1	26,0	***
	Oui	14 625	71,4		86,4	13,6	
Caractéristiques sociodémographiques et culturelles du père							
Groupe d'âge (en différence de millésimes)	Moins de 27 ans	2 386	61,5	***	80,1	19,9	***
	27 à 31 ans	5 548	69,5		86,1	13,9	
	32 à 36 ans	5 259	73,4		85,5	14,6	
	37 ans et plus	4 479	74,5		83,1	16,9	
Pays de naissance	France	15 231	67,4	***	86,0	14,0	***
	Étranger	2 564	85,4		77,0	23,0	
Catégorie socioprofessionnelle	Agriculteur	276	70,8	***	89,9	10,1	***
	Artisan, commerçant et chef d'entreprise	1 602	69,5		85,1	14,9	
	Cadre ou profession intellectuelle supérieure	3 830	80,1		89,0	11,0	
	Profession intermédiaire	2 306	76,8		86,8	13,2	
	Employé	6 575	69,7		82,0	18,0	
	Ouvrier	2 537	61,6		83,2	16,8	
	Sans profession	564	62,9		72,8	27,2	
Situation professionnelle actuelle	En emploi	16 068	71,3	***	84,8	15,2	***
	Au foyer ou au chômage	899	65,4		76,1	23,9	
	Étudiant	201	77,9		81,1	18,9	
	Autres	388	68,6		82,5	17,5	

¹ Significativité statistique du test de différences entre les proportions d'enfants allaités en maternité selon les modalités de chaque variable.

² Significativité statistique du test de différences entre les proportions d'enfants allaités de façon exclusive parmi l'ensemble des enfants allaités en maternité selon les modalités de chaque variable.

*** Significatif au seuil de 0,1% ; ** Significatif au seuil de 1% ; * Significatif au seuil de 5% ; NS : non significatif au seuil de 5%

Elle augmentait avec le niveau social des mères et leur niveau d'études, à partir du niveau CAP/BEP pour l'ensemble des mères, et à partir du niveau collège pour les seules mères nées en France. Par ailleurs, l'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel, était moins fréquent chez les mères non mariées, âgées de moins de 30 ans, au chômage, au foyer ou en congé parental. La prévalence de l'allaitement était également plus faible chez les femmes en situation d'insuffisance ou de surcharge pondérale avant la grossesse, chez celles ayant fumé pendant la grossesse, en particulier pendant le 3^e trimestre, et chez celles qui avaient relativement peu assisté aux séances de préparation à la naissance. Il existait une relation linéaire entre le nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour par la mère pendant le 3^e trimestre de la grossesse et la proportion d'enfants recevant du lait maternel à la naissance : plus la mère fumait, moins elle allaitait. La prévalence de l'allaitement était toutefois similaire quelle que soit la consommation d'alcool pendant la grossesse. Elle variait ensuite selon plusieurs caractéristiques des naissances et de l'accouchement. Les enfants nés par césarienne, transférés pour surveillance ou en raison d'un état de santé précaire, ceux qui étaient issus d'une grossesse gémellaire ainsi que les enfants prématurés ou de faible poids de naissance étaient moins souvent allaités. En revanche, les premiers-nés des fratries ainsi que ceux dont le père était présent à l'accouchement l'étaient davantage. Les caractéristiques du père (âge, pays de naissance, catégorie socioprofessionnelle, situation professionnelle actuelle) jouaient dans le même sens que celles de la mère sur l'allaitement en maternité.

Dans la plupart des cas, les caractéristiques des parents, des naissances et de l'accouchement associées à la pratique de l'allaitement en maternité étaient aussi celles qui, lorsqu'il y avait allaitement, influençaient la préférence de l'allaitement exclusif sur l'allaitement partiel. Cependant, le fait d'être étudiante ou née à l'étranger jouait un rôle favorable plus marqué pour l'allaitement partiel que pour l'allaitement exclusif. Le rang de naissance influençait davantage l'allaitement en maternité que le type d'allaitement pratiqué. Par ailleurs, la part de l'allaitement exclusif dans l'allaitement total était sensiblement plus faible pour les jumeaux et les nouveau-nés susceptibles de présenter des problèmes de santé (enfants transférés, prématurés, de faible poids à la naissance et dans une moindre mesure, nés après césarienne).

L'étude des taux d'allaitement à la maternité en fonction de variables croisant les caractéristiques de la mère et du père a permis d'approfondir l'analyse. Cet examen a été mené pour l'un des principaux facteurs de l'allaitement en maternité, à savoir, le pays de naissance (figure). De même que celle de la mère, l'origine géographique du père était un facteur essentiel de la pratique de l'allaitement en maternité. La proportion d'enfants allaités était plus élevée lorsque les deux parents étaient nés à l'étranger (90,8%) et elle était plus faible lorsqu'ils étaient tous deux nés en France (65,5%). Les unions mixtes se situaient à un niveau

de pratique intermédiaire, avec toutefois un pourcentage d'allaitement plus élevé lorsque c'était la mère qui était née à l'étranger (88,0% contre 76,7%).

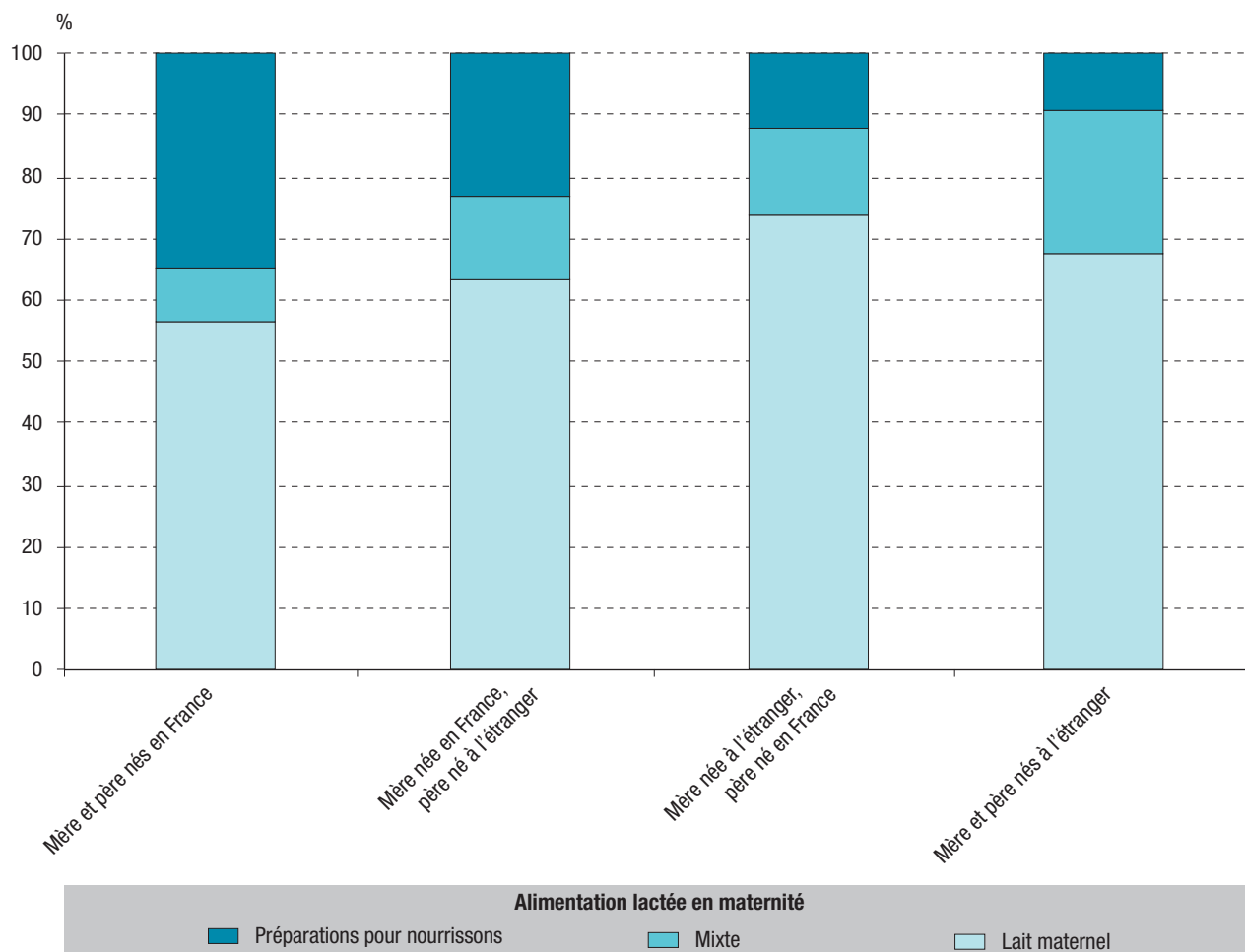
Discussion

En 2011, un allaitement au sein exclusif ou partiel à la maternité était donné à plus de deux tiers des nourrissons (70,5%). La proportion d'enfants nourris exclusivement au sein en maternité était de 59,0%. Ces nouvelles estimations viennent s'ajouter à celles obtenues à partir d'autres sources collectant, pour une période voisine, des données sur le mode d'alimentation lactée de l'enfant à la naissance : les enquêtes ENP 2010 et Épipane 2012 (voir aussi l'article de B. Salanave et coll. dans ce même numéro). Par rapport à une enquête ponctuelle et transversale en maternité (ENP 2010) ou un suivi sur 12 mois (Épipane 2012), le consentement à un suivi sur longue période a pu accroître la sélection des répondants au regard de caractéristiques associées à la pratique de l'allaitement en maternité. Un recueil anonyme d'informations sur les mères non consentantes a permis d'établir que les mères multipares, âgées de moins de 25 ans ou de plus de 40 ans, sans activité professionnelle au moment de la grossesse ou résidant en Île-de-France, ont moins souvent accepté d'entrer dans la cohorte Elfe. De plus, la comparaison du profil des participantes avec les données de l'ENP 2010 montre une sous-représentation des mères n'ayant jamais été scolarisées ou de faible niveau d'études (primaire, collège, CAP/BEP) dans l'étude Elfe¹⁵. Cette sélection a pu conduire à une surestimation de la prévalence de l'allaitement en maternité. Les pondérations calculées ont néanmoins permis de minimiser l'influence de ces biais de sélection sur la mesure du mode d'alimentation lactée de l'enfant en maternité. Ceci est confirmé par la proximité des taux d'allaitement en maternité obtenus à partir de l'étude Elfe avec ceux estimés à partir des autres sources existantes. Pour l'ensemble des naissances, uniques et gémellaires, la prévalence de l'allaitement total en maternité était de 68,8% [68,0-69,8] dans l'ENP 2010 contre 70,5% [69,8-71,2] en 2011 dans l'étude Elfe. En ne retenant, en cas de naissances multiples, qu'un seul des jumeaux, cette même prévalence atteignait 69,1% [67,3-70,8] en 2012 dans Épipane contre 70,6% [69,9-71,4] dans Elfe.

Comparée à Épipane 2012 (n=3 500), l'enquête Elfe porte sur un échantillon de plus grande taille. Les caractéristiques sociodémographiques des parents, notamment du père, recueillies dans Elfe sont plus détaillées que celles collectées à travers l'ENP 2010 et Épipane 2012. Dans l'étude Elfe, la prévalence de l'allaitement en maternité était plus faible lorsque la mère possédait un niveau d'études intermédiaire, ne participait pas ou peu aux séances de préparation à la naissance, fumait pendant la grossesse ainsi que lorsque les parents étaient jeunes, non mariés, nés en France, au chômage ou au foyer et lorsqu'ils occupaient une position peu élevée dans la hiérarchie sociale. Des taux particulièrement faibles d'allaitement étaient observés pour les prématurés

Figure

Mode d'alimentation lactée à la maternité selon le pays de naissance des parents (en pourcentage), Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011



Significativité statistique du test des différences observées (Chi2) : $p < 0,0001$

et les enfants de petit poids à la naissance. Pour des variables comparables, ces résultats confirment ceux obtenus par analyse univariée à partir des données des enquêtes ENP ou de l'étude Épipane 2012^{11,12}. Des différences avec l'étude Épipane s'observent néanmoins pour quelques variables comme la prématurité, le poids à la naissance, la gémellarité et le rang de l'enfant, liées à l'allaitement au seuil de 5% dans Elfe et qui ne le sont pas dans Épipane¹¹. Ces écarts s'expliquent probablement par la plus grande puissance statistique des tests appliqués aux données de l'enquête Elfe par rapport à ceux réalisés à partir de l'étude Épipane, dont l'échantillon est de plus petite taille.

Les résultats présentés ici sont les premiers résultats descriptifs issus de la cohorte Elfe. Ils seront prolongés par des analyses multivariées afin d'isoler l'effet respectif de chaque facteur lié à l'allaitement sur la probabilité des mères d'allaiter leur enfant à la maternité. Par ailleurs, le suivi sur longue période et la collecte d'informations plus détaillées dans l'étude Elfe que dans les autres enquêtes disponibles permettent d'envisager de nouvelles orientations de recherche. À court terme, les données sur les maternités seront mobilisées pour étudier l'effet de la région et des pratiques des maternités sur l'allaitement

à la maternité. Les informations recueillies 2 mois après la naissance compléteront l'exploration des facteurs associés à la pratique de l'allaitement en maternité en tenant compte d'autres variables : les sources de conseils mobilisées pour les soins aux nourrissons, l'expérience antérieure d'allaitement, le fait que la mère ait été elle-même allaitée ou encore, pour les mères nées à l'étranger, l'attachement aux valeurs culturelles du pays d'origine (langue parlée à la maison, durée de résidence en France). À moyen terme, l'analyse des déterminants associés à la durée de l'allaitement et à la diversification alimentaire permettra de vérifier si ces facteurs sont identiques à ceux identifiés pour l'initiation de l'allaitement. Enfin, à plus long terme, les relations entre les pratiques d'alimentation infantile et la santé ou la croissance de l'enfant seront examinées.

La prévalence de l'allaitement en France, en particulier de l'allaitement exclusif, est nettement inférieure à celle observée dans d'autres pays européens. Ainsi, alors que seulement 59% des enfants sont nourris exclusivement au lait maternel en maternité en France, cette proportion atteint par exemple 95% au Danemark, 90% en Pologne ou encore 89% en Suède¹⁶. Favoriser la diffusion de la pratique de l'allaitement à la maternité passe notamment par des interventions

de santé publique prenant en compte la diversité des populations et des attitudes. Il est donc nécessaire de connaître et de suivre régulièrement les facteurs qui font que les mères allaitent ou non leur nouveau-né en maternité.

Les résultats ont montré que le taux d'allaitement variait en fonction du niveau d'études de la mère de façon non linéaire : il était élevé pour les femmes qui avaient atteint un niveau d'études primaire ou collège, diminuait pour les niveaux CAP/BEP et augmentait ensuite avec le niveau d'études. La surreprésentation des mères nées à l'étranger parmi les mères de faibles niveaux d'études n'expliquait pas totalement cette évolution. Pour les seules mères nées en France, le taux d'allaitement demeurait plus élevé chez les mères n'ayant pas dépassé le primaire (63%) par rapport à ce qu'il était chez celles ayant un niveau d'études légèrement supérieur (collège : 41%, CAP/BEP : 52%). Cette différence s'observait aussi pour les mères nées à l'étranger, qui étaient 90% à allaiter leur nouveau-né en maternité lorsqu'elles n'avaient pas dépassé le primaire et environ 84% à le faire lorsqu'elles avaient atteint un niveau collège ou CAP/BEP. La relation non linéaire entre allaitement et niveau d'études a déjà été notée dans d'autres travaux^{17,18}. L'origine géographique de la mère influençait peu les résultats généraux pour les autres variables. Par exemple, la sous-représentation des mères nées à l'étranger parmi les mères non mariées et en couple (8% contre environ 30% dans les autres catégories) n'expliquait pas les différences d'allaitement observées selon la situation conjugale de la mère. Qu'elles soient nées en France ou à l'étranger, les mères mariées allaitaient davantage en maternité, de façon exclusive ou partielle, que les mères non mariées et en couple, ces dernières allaitant plus fréquemment que les mères seules. Pour les mères nées à l'étranger, la prévalence de l'allaitement total était de 92% chez les mères mariées, de 86% chez les mères non mariées et de 81% chez les mères seules, et respectivement de 70%, 65% et 55% pour les mères nées en France.

Malgré une réduction des écarts entre groupes sociaux depuis la fin des années 1990¹², les taux d'allaitement en maternité restaient socialement différenciés en 2011. Une manière d'atténuer sensiblement les disparités sociales françaises en matière d'initiation de l'allaitement serait d'élaborer des actions spécifiques en faveur des groupes les moins engagés dans cette démarche. Aux États-Unis, certains travaux montrent que les programmes d'information et d'éducation ciblant les groupes sociaux modestes, en particulier *via* la mise en place de soutien de proximité, entraînent une augmentation sensible des taux d'allaitement en maternité dans ces populations¹⁹.

Les enfants dont les mères avaient suivi des séances de préparation à la naissance et qui avaient assisté à un grand nombre de ces séances étaient davantage allaités en maternité. Il est probable que la diffusion d'informations sur les avantages de l'allaitement et la promulgation de conseils pour allaiter au cours des séances de préparation à la naissance favorisent l'initiation de l'allaitement. Les actions

de santé publique encourageant la participation des mères aux séances de préparation à la naissance pourraient ainsi constituer un levier efficace pour favoriser la diffusion de la pratique de l'allaitement en maternité et réduire les disparités sociales. En effet, la participation à des séances de préparation à la naissance était très fortement corrélée à l'origine sociale (plus de 70% des femmes ouvrières ou sans profession ne participaient à aucune séance de préparation à l'accouchement contre seulement 27% des femmes cadres). Cette corrélation entre participation à des séances de préparation à la naissance et origine sociale a déjà été mise en évidence à partir des données de l'ENP 2010²⁰.

Pendant la grossesse, dans l'étude Elfe, 21,7% des mères avaient fumé au moins une cigarette et 23,2% avaient consommé au moins une fois de l'alcool. Les analyses univariées ont montré que le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse n'étaient pas liés de la même manière à l'initiation de l'allaitement en maternité. La prévalence de l'allaitement total était plus faible chez les mères qui fumaient pendant la période gestationnelle (55%), en particulier chez celles qui fumaient pendant le 3^e trimestre de la grossesse (52%). Pour ces dernières, plus le nombre de cigarette(s) fumée(s) chaque jour était important, plus le taux d'allaitement total était bas. À l'inverse, la consommation d'alcool pendant la grossesse, quelle que soit sa fréquence, ne jouait pas sur l'initiation de l'allaitement en maternité. L'inégale distribution sociale de ces deux comportements à travers la population des mères enquêtées pourrait expliquer ces différences. En effet, fumer pendant la grossesse était une pratique dont la fréquence diminuait au fur et à mesure que l'on s'élevait dans la hiérarchie sociale : les femmes qui fumaient pendant leur grossesse étaient aussi celles qui avaient le moins tendance à allaiter. Au contraire, consommer au moins une fois de l'alcool pendant la période gestationnelle était une conduite plus répandue chez les mères cadres ou exerçant une profession intermédiaire que chez les mères ouvrières ou sans profession. Ainsi, dans l'étude Elfe, seulement 10% des mères cadres avaient fumé au moins une cigarette pendant la grossesse contre environ 35% des ouvrières, ces deux proportions atteignant respectivement 32% et 21% en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la période gestationnelle. En outre, certains travaux concluent que les mères qui fument pendant la grossesse refusent d'allaiter par crainte des conséquences néfastes du tabac sur la qualité de leur lait et, de ce fait, sur la santé de leur enfant²¹. Or, plusieurs études ont montré un effet protecteur de l'allaitement vis-à-vis des effets négatifs du tabac pour la santé de l'enfant²². S'il importe de convaincre les mères fumeuses de cesser de fumer pendant la grossesse, il est aussi nécessaire de favoriser la diffusion de l'allaitement chez les mères qui refusent ou qui ne parviennent pas à arrêter. Cela pourrait notamment passer par une meilleure information concernant la supériorité des bienfaits de l'allaitement par rapport à ses inconvénients chez la mère fumeuse.

En plus des nombreux bénéfices associés à l'allaitement pour tous les enfants, les recherches scientifiques montrent que le lait maternel présente des avantages spécifiques pour les nourrissons hospitalisés en néonatalogie^{23,24}. Les critères d'éligibilité dans Elfe, en particulier l'exclusion des grands prématurés nés avant 33 semaines d'aménorrhée, ne permettent pas de connaître, à partir des résultats de cette étude, le mode d'alimentation lactée en maternité de l'ensemble des nouveau-nés transférés en néonatalogie. Toutefois, en 2011, pour les seuls enfants nés après 32 semaines d'aménorrhée, la prévalence de l'allaitement en maternité était plus faible en cas d'hospitalisation en néonatalogie (64% contre 71%). En outre, quand ils étaient allaités, les enfants hospitalisés l'étaient moins de façon exclusive (67% contre 85% des enfants qui n'avaient pas été transférés). À travers des stratégies spécifiques, les professionnels de santé exerçant en maternité et en néonatalogie pourraient avoir un rôle à jouer dans l'optimisation de la prise en charge de l'allaitement pour ces dyades mères-enfants. Il pourrait s'agir notamment de favoriser un contact précoce entre la mère et l'enfant, ou encore de transmettre un discours cohérent et adapté sur les avantages de l'allaitement. L'enjeu pourrait aussi être de soutenir, de conseiller, d'aider et d'assister la mère lors des premières mises au sein²⁵. L'Étude épidémiologique sur les petits âges gestationnels (Épipage 2), débutée en 2011 et recueillant des informations sur les grands prématurés, permettra de compléter les résultats d'Elfe concernant le mode d'alimentation lactée des nourrissons hospitalisés en néonatalogie²⁶.

À travers la perception qu'il a de l'allaitement, le conjoint joue un rôle déterminant sur l'allaitement en maternité¹¹. Reconnaisant le rôle central du conjoint, le rapport « Plan d'action pour l'allaitement maternel », publié en 2010, propose d'associer le père aux informations concernant les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la mère⁹. Cependant, faute de données adéquates, rares sont les travaux français qui ont analysé précisément l'impact des caractéristiques du père de l'enfant sur l'allaitement à la naissance. Les données de la cohorte Elfe mettent en évidence certaines caractéristiques et attitudes du père corrélées à la pratique de l'allaitement en maternité. La prévalence de l'allaitement était plus faible lorsque le père était jeune, né en France, d'origine sociale modeste (notamment ouvrier), au foyer ou au chômage et lorsqu'il n'avait pas assisté à l'accouchement. Ces résultats invitent à prendre davantage en compte le rôle du père dans les actions de promotion de l'allaitement ou à cibler les actions de promotion vers les conjoints les moins susceptibles de soutenir la décision d'allaiter. Cela paraît d'autant plus important que, pour le pays de naissance, le croisement des origines géographiques des parents montre que les caractéristiques du père renforcent l'effet de celles de la mère sur la pratique de l'allaitement. Plus généralement, l'homogamie de la majorité des unions^{27,28} laisse penser que d'autres caractéristiques paternelles (origine sociale, situation professionnelle, âge...) pourraient amplifier les écarts de pratique observés à partir des seules caractéristiques de la mère.

Conclusion

Si la pratique de l'allaitement en maternité s'est diffusée au cours des dernières années, elle reste encore à encourager pour atteindre les recommandations actuelles de santé publique, *a fortiori* pour l'allaitement exclusif. Les variations observées sur l'allaitement en maternité selon certaines caractéristiques socioculturelles et démographiques permettent d'identifier des groupes à cibler lors des actions de santé publique visant la promotion de l'allaitement : les mères nées en France, celles qui sont d'origine sociale modeste ou de niveau d'études intermédiaire, ainsi que les femmes fumant pendant leur grossesse et ne participant pas ou peu aux séances de préparation à la naissance. Par ailleurs, les pères, acteurs-clés de la décision d'allaitement, devraient le plus souvent être associés à ces interventions. En ciblant ceux dont les caractéristiques sont les moins favorables à l'allaitement (pères jeunes, nés en France, d'origine sociale modeste, au foyer ou au chômage), leur implication devrait être suscitée le plus tôt possible : dès la période prénatale, au cours des séances de préparation à la naissance. ■

Remerciements

Les auteurs remercient les membres de l'équipe Elfe, et plus particulièrement Marie Cheminat, Marie-Noëlle Dufourg et Hélène Juillard pour leurs conseils et/ou précisions lors de la finalisation de cet article.

Cette recherche a bénéficié du financement de l'Agence nationale de la recherche (ANR) dans le cadre du projet ANR SOFI (« Déterminants socioculturels des pratiques alimentaires durant la première année de vie ») : ANR-12-DSSA-0001.

L'enquête Elfe est une réalisation conjointe de l'Institut national d'études démographiques (Ined), de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de l'Établissement français du sang (EFS), de l'Institut de veille sanitaire (InVS), de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), de la Direction générale de la santé (DGS, Ministère chargé de la Santé), de la Direction générale de la prévention des risques (DGPR, Ministère chargé de l'Environnement), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, Ministères en charge de la Santé et de l'Emploi) et de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), avec le soutien du Ministère de la Recherche, du Comité de concertation pour les données en sciences humaines et sociales (CCDSHS) et du Ministère chargé de la Culture (Deps). Dans le cadre de la plateforme Reconai, elle bénéficie d'une aide de l'État gérée par l'ANR au titre du Programme « Investissements d'avenir » portant la référence ANR-11-EQPX-0038.

Références

- [1] Dujits L, Ramadhani MK, Moll HA. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Matern Child Nutr.* 2009;5(3):199-210.
- [2] Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65(5):578-84.
- [3] Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, De Vine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007. 415 p. <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/brfout/brfout.pdf>

- [4] Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(1):143-58.
- [5] Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. Feeding and nutrition of infants and young children. Copenhagen: World Health Organization – Regional Office for Europe; 2000. 288 p. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9289013540/en/>
- [6] Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess*. 2000;4(25):1-171. http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/___data/assets/pdf_file/0003/64947/FullReport-hta4250.pdf
- [7] Ministère de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme national nutrition santé – 2006-2010. Actions et mesures. Paris: Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006. 51 p. <http://www.irbms.com/download/documents/programme-national-nutrition-sante-pnns-2006-2010.pdf>
- [8] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Inserm-Drees-DGS; 2011. 132 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- [9] Turck D. « Plan d'action : Allaitement maternel ». Proposition d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Paris: Ministère de la Santé et des Sports ; 2010. 40 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
- [10] Programme national nutrition santé 2011-2015. Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. 64 p. http://www.inpes.sante.fr/reperes_nutritionnels/pdf/pnns-2011-2015.pdf
- [11] Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. *Bull Epidemiol Hebd*. 2012;(34):383-87. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10950
- [12] Bonet M, Kaminski M, Blondel B. Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys. *Acta Paediatr*. 2007;96(9):1290-5.
- [13] Gojard S. L'alimentation dans la prime enfance, diffusion et réception des normes de puériculture. *Revue Française de Sociologie*. 2000;41(3):475-512. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_3_5291
- [14] Pirus C, Bois C, Dufourg MN, Lanoë JL, Vandentorren S, Leridon H et l'équipe Elfe. La construction d'une cohorte : l'expérience du projet français Elfe. *Population*. 2010;65(4):637-70. http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1532/publi_pdf1_construction.d.une.cohorte.elfe.pdf
- [15] Juillard H, Thierry X, Razafindratsima N, Bringe A, Lanoë JL. Pondération de l'enquête ELFE en maternité. 2014. 37 p. https://pandora.vjf.inserm.fr/public/docs/ELFE_NoteDet0.pdf
- [16] Haut Conseil de la santé publique. La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Avis et Rapports. Paris: HCSP; 2012. 265 p. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=268>
- [17] Gojard S. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. *Recherches et Prévisions*. 1998;53(53):23-34. http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf_1149-1590_1998_num_53_1_1823
- [18] Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr*. 1998;5(12):1316-26.
- [19] Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;18(2):CD001688.
- [20] Vilain A, Gonzalez L. Surveillance de la grossesse en 2010 : des inégalités socio-démographiques. *Études et Résultats (Drees)*. 2013;(848):1-6. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er848.pdf>
- [21] Tillard B. Ce qu'il en coûte de nourrir. In : Morel MF. Allaitement en marge. Paris: L'Harmattan; 2002. pp. 23-47.
- [22] Dorea JG. Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer. *Matern Child Health J*. 2007;11(3):287-91.
- [23] el-Mohandes AE, Picard MB, Simmens SJ, Keiser JF. Use of human milk in the intensive care nursery decreases the incidence of nosocomial sepsis. *J Perinatol*. 1997;17(2):130-4.
- [24] Simmer K, Metcalf R, Daniels L. The use of breastmilk in a neonatal unit and its relationship to protein and energy intake and growth. *J Paediatr Child Health*. 1997;33(1):55-60.
- [25] Aagaard H, Hall EO. Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: a meta-synthesis. *J Pediatr Nurs*. 2008;23(3):e26-36.
- [26] Inserm, Université Pierre et Marie Curie. Lancement d'Épipage 2 : mieux connaître et prendre en charge la grande prématurité. Information presse. Paris: Inserm, UMPC; 2011. 3 p. <http://epipage2.inserm.fr/images/pdf/Communiqu%20Epipage2-29032011.pdf>
- [27] Vanderschelden M. Position sociale et choix du conjoint : des différences marquées entre hommes et femmes. *Données sociales – La société française*. Paris: Insee; 2006. p. 33-42. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06c.pdf
- [28] Vanderschelden M. L'écart d'âge entre conjoints s'est réduit. *Insee Première*. 2006;(1073):1-4. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1073.pdf

Citer cet article

Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Thierry X, Wagner S, Nicklaus S. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2014;(27):440-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_1.html